

## 原泌尿器科病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について、診断の内容や現在および今後の治療法に関するセカンドオピニオンによる情報提供を下記事項に同意の上、貴院セカンドオピニオン外来を申し込みます。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 家族</span>		
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号		FAX番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 女</span>	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
相談者氏名		続柄	
相談者住所	〒		
相談者電話番号		FAX番号	
相談目的	1. 治療法を選択を迷っている 2. 現在、提示されている治療法以外の治療法があるか相談したい 3. 手術を受けるように勧められている 4. その他(具体的に記入してください) [ ]		
持参できる資料	1. 診療情報提供書 <span style="float: right;">2. 血液検査記録</span> 3. 生理学検査結果(心電図など) <span style="float: right;">4. レントゲンフィルム</span> 5. 超音波検査の結果、画像 <span style="float: right;">6. 病理検査結果</span> 7. CT・MRI検査などのフィルム 8. その他 [ ]		
入院・通院中の 医療機関名および 主治医のお名前	医療機関名		
	主治医名		

現在の状況	1. 入院中	2. 通院中	
	1. 治療前	2. 治療中	3. 経過観察中
発病または診断の時期	年 月頃	または	年 月頃
病名			
がんの場合 病期および病理診断名	病期:	病理診断名:	
これまでに 受けられた検査			
これまでに 受けられた治療 (該当される方)			
現在、主治医に勧めら れている治療法とその 理由			
質問したいこと (箇条書き)			
相談希望日	第1候補日	年 月 日 時	確定日
	第2候補日	年 月 日 時	年 月 日
	第3候補日	年 月 日 時	

申込書受理日 :  
連絡日時・担当者 :

原泌尿器科病院  
セカンドオピニオン外来申込書No.2